

TERMINAÇÃO DA GRAVIDEZ EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

1ª edição: dezembro/2003

1ª revisão: setembro/2008

Data prevista para revisão: setembro/2010

FALÊNCIA PRECOCE DA GRAVIDEZ (ABORTO RETIDO, OVO CEGO, ETC.)

Nesses casos, a conduta deve ser compartilhada com a mulher e sua família, com as seguintes opções:

- ✧ Conduta expectante: aguardar a resolução espontânea do quadro com acompanhamento semanal, clínico ou por ultrasonografia, e garantia de atendimento imediato caso seja necessário. Se após 4 semanas não houver resolução opta-se pela evacuação medicamentosa ou cirúrgica.
 - ✧ Evacuação medicamentosa: Se a paciente tiver acesso ao uso de Misoprostol o mesmo poderá ser utilizado na dose de 400 a 800 mcg por via vaginal e aguarda-se a resolução espontânea a nível ambulatorial com acompanhamento semanal, clínico ou por ultrasonografia, e garantia de atendimento imediato caso seja necessário.
 - ✧ Evacuação cirúrgica em situações com colo uterino desfavorável:
 - Misoprostol 200 mcg – 02 comprimidos via vaginal seguido 4 horas depois por aspiração manual intra-uterina (AMIU).
- ✧ Não utilizar misoprostol por via oral. A eficácia do mesmo ainda não está comprovada para tais procedimentos, além dos efeitos colaterais associados ao uso.**

DECESSO FETAL

A conduta dependerá da idade gestacional:

- ✧ 12 a 27 semanas:
 - Misoprostol 200 mcg – 02 comprimidos por via vaginal de 4 em 4 horas até expulsão fetal com curetagem uterina dependendo da avaliação médica individual OU
 - Esquema de ocitocina concentrada (ver Box) com curetagem uterina dependendo da avaliação médica individual OU

- Na ausência de Misoprostol ou na falha deste pode-se utilizar o catéter de Foley com infusão de solução salina extra-amniótica associado ao esquema de ocitocina concentrada.
- ✧ Acima de 27 semanas:
 - Colo uterino com escore de Bishop ≥ 6 : Ocitocina em dose usuais (a dose inicial e o incremento pode ser maior em relação às doses com feto vivo, dependendo do julgamento individual).
 - Colo uterino com escore de Bishop < 6 : Misoprostol por via vaginal em doses de 50 a 200 mcg de 4 em 4 horas, dependendo da resposta inicial, até completa expulsão fetal OU
 - Na ausência de Misoprostol ou na falha deste pode-se utilizar o catéter de Foley com infusão de solução salina extra-amniótica.

- ✧ **Não utilizar misoprostol por via oral. A eficácia do mesmo ainda não está comprovada para tais procedimentos, além dos efeitos colaterais associados ao uso.**
- ✧ **Em pacientes com cesariana prévia os cuidados devem ser extremados em relação ao uso do misoprostol e ocitocina concentrada devido ao risco aumentado de ruptura uterina.**

TERMINAÇÃO DA GRAVIDEZ COM FETO VIVO EM SITUAÇÕES PERMITIDAS POR LEI (MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO, RISCO DE VIDA PARA A MÃE)

- ✧ Nestas situações, a mulher deverá ser atendida pela equipe do serviço psico-social.
- ✧ A conduta em relação ao término da gravidez dependerá da idade gestacional:
 - Até 12 semanas:
 - Misoprostol 200 mcg – 02 comprimidos via vaginal seguido 4 horas depois por aspiração manual intra-uterina (AMIU).
 - Acima de 12 até 22 semanas:
 - Misoprostol 200 mcg – 02 comprimidos por via vaginal de 4 em 4 horas até expulsão do conteúdo uterino, seguido de curetagem uterina OU
 - Esquema de ocitocina concentrada (ver Box)

seguido de curetagem uterina OU

- Na ausência de Misoprostol ou na falha deste pode-se utilizar o catéter de Foley com infusão de solução salina extra-amniótica associado ao esquema de ocitocina concentrada.

- ✧ **Não utilizar misoprostol por via oral. A eficácia do mesmo ainda não está comprovada para tais procedimentos, além dos efeitos colaterais associados ao uso.**
- ✧ **Em pacientes com cesariana prévia os cuidados devem ser extremados em relação ao uso do misoprostol e ocitocina concentrada devido ao risco aumentado de ruptura uterina.**

Esquema de ocitocina concentrada:

- ✧ 50 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (278 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
- ✧ 100 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (556 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
- ✧ 150 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (833 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
- ✧ 200 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.111 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
- ✧ 250 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.389 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
- ✧ 300 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.666 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.

BIBLIOGRAFIA

- ADAIR, C. D. Nonpharmacologic Approaches to Cervical Priming and Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 447-454, sept. 2000.
- CHAMBERLAIN, G., ZANDER, L. ABC of labour care – Induction. *BMJ*, v. 318, p. 995-998, april 1999. www.bmj.com.
- HADI, H. Cervical Ripening and Labor Induction: Clinical Guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 524-536, sept. 2000.
- RAMSEY, P. S.; OWEN, J. Midtrimester Cervical Ripening and Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 495-512, sept. 2000.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Green Top Guidelines. *The Management of Early Pregnancy Loss (25)* - Oct 2000.
<http://www.rcog.org.uk/guidelines.asp?PageID=106&GuidelineID=8>.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9*, London: RCOG Press, June 2001. www.rcog.org.
- SANCHEZ-RAMOS, L.; GAUDIER, F. L.; KAUNITZ, A. M. Cervical Ripening and Labor Induction After Previous Cesarean Delivery. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 513-523, sept. 2000.
- SANCHEZ-RAMOS, L.; KAUNITZ, A. M. Misoprostol for Cervical Ripening and Labor Induction: A Systematic Review of the Literature. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 475-488, sept. 2000.
- SOGC – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Induction of Labour at Term. SOGC Clinical Practice Guideline No. 107, august 2001. *J Obstet Gynaecol Can*, v. 23, n. 8, p. 717-728, 2001. www.sogc.org.
- STUBBS, T. M. Oxytocin for Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 489-494, sept. 2000.